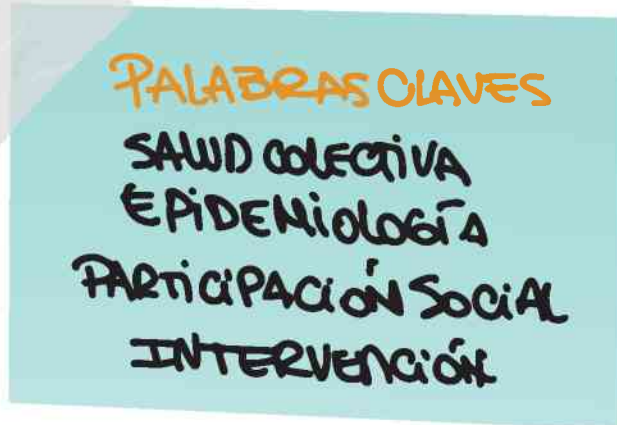


# La intervención profesional desde una mirada de Salud Colectiva

Por: Manuela Arribas

## Resumen

En el presente artículo se busca generar un diálogo entre experiencias de prácticas pre profesionales realizadas en el área de Salud y los conceptos de Epidemiología y Participación Social en tanto elementos clave para pensar a la Salud Colectiva. Por otra parte, es mi objetivo realizar una reflexión desde el Trabajo Social como disciplina inserta en este campo socio ocupacional visibilizando sus aportes en el marco de las Instituciones.



## Introducción

El presente artículo se propone realizar una reconstrucción analítica del proceso de prácticas de formación profesional en el área de la Salud a partir de las siguientes categorías:

- La epidemiología como herramienta contra hegemónica
- La epidemiología socio cultural
- La participación social en la salud

Entiendo que dichos aportes resultan interesantes para repensar nuestra profesión especialmente en lo que refiere a su inserción socio ocupacional en el campo de la salud, entendiendo a éste como un campo atravesado por relaciones de fuerza que se encuentran en pugna entre diferentes actores con intereses muchas veces contrapuestos por lo que resulta fundamental como futuros profesionales, sobre todo si nos proyectamos dentro del campo de la salud, poder estar empapados de este tipo de

debates y tomar posición ante ellos. De esta manera, reconociéndonos como actores protagónicos en esta disputa por el sentido, por las concepciones y perspectivas de la salud, podremos hacernos tres preguntas fundamentales: ¿Qué profesionales queremos ser?, ¿Qué perspectiva de salud queremos construir? y ¿Para qué queremos hacerlo?

La respuesta a estas preguntas forma parte de un proceso de formación y de conocimiento teórico-práctico, es un camino que debemos recorrer, entendiéndonos como parte fundamental de la construcción de un proyecto de sociedad.

La epidemiología es una de las categorías centrales en la visión colectiva de la salud, así como los determinantes sociales de la salud. Ambos son entendidos como campos de disputa donde se ponen en juego intereses contrapuestos que pugnan por su conceptualización, su contenido y su práctica. En este campo de disputa se pone en juego además, la posibilidad de pensar la construcción de una salud colectiva que contenga como uno de sus núcleos principales la participación social y la construcción de poder popular.

Para esto es mi intención recuperar algunas experiencias de mi recorrido de prácticas de formación profesional en el ámbito de la salud (el año 2015 en el programa PRIEC perteneciente al CPA del Ministerio de Salud de la Provincia y el año 2016 en el Hospital Horacio Cestino).

## Epidemiología crítica como herramienta contra-hegemónica

Cuando hablamos de hegemonía dentro del campo de la salud, no podemos dejar de hacer referencia a lo que Menéndez denomina: Modelo Médico Hegemónico (de aquí en adelante MMH) En primer lugar, cabe aclarar

que el concepto de hegemonía hace referencia a un proceso de dirección político cultural de un grupo (dominante) sobre otro, (dominado) el cual supone una lucha constante, ya que siempre se le opone una contra-hegemonía. En esta dirección, el MMH es entendido como un “conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por científicos como por el Estado” (Menéndez: 1988, p. 1). El rasgo estructural que caracteriza a este MMH es el biologicismo, el cual garantiza su cientificidad, diferenciación y jerarquización con respecto a otro tipo de saberes. Además, este enfoque biológico es parte constitutiva de la formación profesional de los médicos, ya que sus aprendizajes son a partir de contenidos biológicos y las dimensiones culturales, sociales y psicológicas son dejadas de lado. Este biologicismo se expresa de forma notable en la práctica epidemiológica, poniendo el foco en las características biológicas de los grupos humanos (como sexo y edad que son los más comunes) y no en los procesos históricos, sociales, culturales que en ellos se desarrollan.

En este sentido, la epidemiología como ciencia está atravesada por relaciones de poder que se expresan en disensos de corrientes teóricas entre grupos de científicos que luchan por constituirse en hegemónicas o por mantener la hegemonía. A su vez, estas corrientes de pensamiento se relacionan con determinados modos de ver el mundo y la sociedad y se constituyen en soporte de determinados proyectos sociales. Se entiende a la epidemiología crítica como una herramienta contra hegemónica en tanto cuestiona de forma directa el biologicismo pregnante en la epidemiología tradicional, ya que ésta tiene en cuenta los procesos sociales que atraviesan a los sujetos. Desde esta visión se mira a la realidad como una totalidad compleja en el marco del sistema de producción capitalista y el impacto que tiene en la forma en la que las personas viven y se desarrollan en el mundo entero. Desde esta perspectiva se reconocen los determinantes estructurales de la salud y no solamente determinantes aisla-

dos, sin conexión que permita hacer un nexo histórico real con el sistema de producción social: “Cuestionamos el modelo empírico de determinantes por que le hace juego a la hegemonía, pues denuncia sin revelar; informa sin movilizar; identifica factores aislados de la problemática, sin mostrar su relación con los procesos estructurales que los generan y con los correspondientes sistemas eco-sociales con los que entran en una dinámica determinante” (Breilh, 2011, p. 34).

Lo hegemónico hoy en las instituciones de salud por las cuales tuve la oportunidad de transitar, se inscribe en una tendencia hacia una visión fragmentada de la realidad donde los procesos de salud por los que transitan los sujetos parecen no tener conexión alguna con el ambiente que los rodea.

Dichos procesos no son analizados en relación con la trayectoria de vida del sujeto, con sus condiciones materiales y subjetivas de existencia. Esta visión totalizadora aparece en forma parcial en algunos actores o bien, es inexistente. Es por esto que entiendo que la visión que hoy predomina y es hegemónica en este ámbito es en tendencia a fragmentar al sujeto, a aislarlo tanto de sus condiciones de existencia como del ambiente que lo rodea y del sistema en el que se encuentra inmerso.

La intervención desde el Trabajo Social, tiene la potencialidad de aportar otra mirada a la construcción de la discusión o reflexión en torno a la visión de los sujetos dentro de las instituciones de salud. En este sentido, una de las estrategias implementadas por el grupo de prácticas en el Hospital Cestino, fue la construcción de ateneos con diferentes áreas del mismo (pediatría, medicina clínica, ginecología, psicología, etc.) con la finalidad de reflexionar sobre los fundamentos éticos, teóricos y metodológicos en la intervención profesional generalmente en relación a una situación particular.

De esto se desprende, que nuestro aporte como colectivo profesional, en la reflexión conjunta con otras ciencias, puede contribuir a desnaturalizar las visiones que tienden a opacar las determinaciones sociales de la salud y poder pensar a las enfermedades desde una perspectiva que trascienda el hecho natural o biológico y sea capaz de visualizarlas en sus dimensiones sociales e históricas.



## La epidemiología socio cultural como alternativa para pensar los procesos de salud/enfermedad/atención

La epidemiología socio cultural se constituye como una tendencia teórico metodológica que se desarrolló en Canadá, EEUU y algunos países de Latinoamérica. Ésta se caracteriza en primer lugar por analizar no solamente los elementos sociales sino también los culturales y los económico- políticos en los procesos de salud/enfermedad/atención junto con los biológicos y ecológicos. En segundo lugar propone un tipo de trabajo que articule los datos provenientes de investigaciones cuantitativas o estadísticas y las de tipo cualitativo y que tenga la capacidad de relacionar las interpretaciones diferenciales que ambas disciplinas aplican. En tercer lugar, se caracteriza por la aplicación de un enfoque relacional que incluya además de los "factores" que operan en determinado problema, el conjunto de actores sociales que están viviendo ese problema en carne propia, pero no en términos individuales sino en función de la trama de relaciones en las cuales se desarrollan los procesos de salud/enfermedad/atención.

Según explica Menéndez (2009), los procesos culturales de alta complejidad son ignorados por los epidemiólogos y antropólogos (plantea que ambas disciplinas deben construir una complementariedad para el planteamiento de una epidemiología socio cultural) y toma como ejemplo el racismo, en el sentido de que es un proceso cultural de suma importancia y que tiene una enorme incidencia en torno a los procesos de salud/enfermedad/atención.

Su preocupación se centra en que la carencia de una aplicación sistemática de una epidemiología socio cultural deja a la deriva (sin análisis, explicaciones, atención) muchos de los principales problemas sociales y de salud colectiva.

Si como profesionales entendemos que dichos procesos culturales son inescindibles de los procesos de salud/enfermedad de los sujetos veremos que representan un gran potencial para tener un marco más amplio desde el cual realizar intervenciones desde el Trabajo Social. Sobre todo, teniendo en cuenta que en las comu-



nidades, organizaciones o instituciones en las que desarrollamos nuestra práctica conviven diferentes culturas. Dentro del hospital se atienden a diario personas que se identifican con tradiciones o costumbres distintas a las propias, lo cual implica el desafío profesional de poder trabajar desde una postura que no busque imponer, sino que tenga la capacidad de pensar a la salud desde la realidad desde ese otro.

En este sentido, desde la intervención en Trabajo Social, considerar a los procesos culturales como dimensión fundamental significa también poner en valor las costumbres, valores, prácticas y saberes ligados a la cultura popular y a las culturas de otros países, como también puede abrir posibilidades para pensar y crear estrategias más acordes a las particularidades de las personas o grupos con los cuales trabajamos.

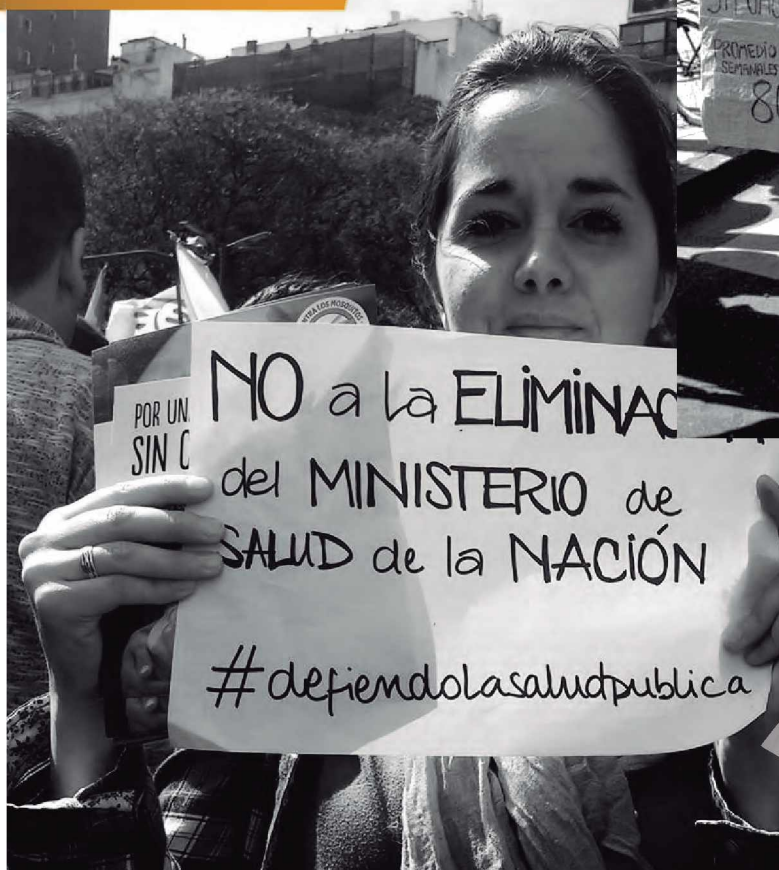
## Participación social en salud como proceso de construcción de ciudadanía

Según Uzcátegui (2010) el enfoque social de la participación comunitaria en el sector salud genera un proceso de construcción de ciudadanía; y se opone a la consideración de las personas como clientes, los toma como sujetos de derechos. La participación comunitaria es esencialmente política y apunta a la democratización-redistribución del poder y del saber dando lugar al saber popular. Es decir, resignifica la política y el ejercicio democrático.

Tomando a Floreal Ferrara (1985), éste remarca la importancia de entender a la salud en el área

**Viviana Ríos Alvarado - Fotografía**

movilización y paro de CICOP por paritarias y cierre del Ministerio 6-09-2018



**Dolores Irisarri - Fotografía**  
movilización, no a la eliminación del Ministerio de Salud 6-09-2018



de la comunidad y las clases sociales que la integran, adhiriéndola al proceso histórico donde se producen sus determinantes y se genera la distribución de sus condiciones entre los integrantes de la sociedad. Esta conceptualización se contrapone a la Idea de la Organización Mundial de la Salud la cual entiende este concepto como el completo estado de bienestar físico mental y social. Si bien, esta definición aporta la variable social y mental, parte de ideas preconcebidas acerca de lo que debería ser ese "bienestar". La salud tomada de esta forma es un concepto rígido, a-histórico. En este sentido, lo que resulta importante remarcar es que no puede definirse a la salud a partir de la idea de un supuesto bienestar, sino que debe tomarse a la misma como un proceso que es histórico y social y por lo tanto, dinámico. La salud-enfermedad es un proceso en movimiento que supone la capacidad de la persona para transformarse a sí mismo y a su medio, nunca supone una adaptación a las condiciones existentes sino que la salud tiene que ver con la lucha, y justamente con la construcción de poder popular para poder modificar lo que se considere necesario. Entonces, el enfoque social entiende a la salud estrechamente vinculada con el continuo accionar de la sociedad y sus componentes para modificar aquello que deba ser cambiado y permita crear condiciones donde se cree el ámbito para el óptimo vital de esa sociedad. El dinamismo requerido para interpretar el proceso salud enfermedad se trata de un proceso incesante, hace a la idea de acción frente al conflicto, de transformación ante la realidad.

Entendiendo a esta construcción de poder por parte de los sectores subalternos como uno de los ejes centrales de nuestra profesión, creo que uno de los principales desafíos para el Trabajo Social debe ser la potenciación de espacios organizativos a través de los cuales las personas puedan conocer sus derechos y viabilizar sus demandas de forma colectiva. En este sentido, una de las tensiones que se presentan en la práctica dentro del hospital, ya que éste está dentro de lo que se denomina "segundo nivel de atención", es la dificultad que se le genera al servicio social para favorecer este tipo de espacios ya que el hospital no está inserto en el ámbito comunitario de la población. Si bien en la mayoría de los casos se brinda información sobre los derechos de las perso-

nas, entiendo que la instancia más organizativa y de colectivización de las demandas puede ser mayormente viabilizada dentro de lo que se denomina el "nivel de atención primario", en este sentido la estrategia generada desde el servicio social del hospital es la articulación sistemática con las unidades sanitarias de referencia de las personas con las cuales intervenimos, con la intención de que comiencen a tejerse lazos con las instituciones del propio espacio comunitario.

## Bibliografía

- BREILH, J. (2011)** *Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud*. Ponencia presentada en: Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud. Movimiento por la Salud de los Pueblos, Río de Janeiro. Recuperado de: <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3404/1/Breilh%2C%20J-CON-109-Una%20perspectiva.pdf>
- FERRARA, F.I. (1985)** *Teoría social y salud*. Buenos Aires: Catálogos Editora.
- MENÉNDEZ, E. L. (1988)** *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria*. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud, Buenos Aires.
- MENÉNDEZ, E. L. (2009)** *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- UZCÁTEGUI, J. L. (2010)** *Marco Histórico y político de la participación en salud*. En: LÉVY, J. & MALO, M. (Eds.). *De la participación en salud a la construcción del poder popular. Experiencias para el debate*. (pp.17-30). Maracay: IAES. Agenda de Salud para las Américas (2007). Presentada por los Ministros de Salud de las Américas en la Ciudad de Panamá. Recuperado en: [http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Agenda\\_Salud\\_para\\_las\\_Americas\\_2008-2017.pdf](http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Agenda_Salud_para_las_Americas_2008-2017.pdf)